



# Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité

Sandra Martens

## ► To cite this version:

Sandra Martens. Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00766042

**HAL Id: dumas-00766042**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766042>**

Submitted on 17 Dec 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : [thesebum@ujf-grenoble.fr](mailto:thesebum@ujf-grenoble.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

*Année : 2012*

*Thèse N°*

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN  
MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

---

**ETUDE DE LA MOTIVATION AU SEVRAGE  
TABAGIQUE D'UNE POPULATION DANS  
LA GRANDE PRECARITE**

---

Mlle Sandra MARTENS

Née le 22/06/1984 à Meyrin (Suisse)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le :  
7 Décembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Professeur Christian BRAMBILLA

Membres :

Professeur Maurice DEMATTEIS

Docteur Marie-Reine MALLARET, Maître de Conférence

Docteur Anne AGNOLI, Directrice de thèse

Docteur Jean-Marc PLASSART

## Corps PUPH 2012-2013

N° poste HARPEGE	N° poste ministère	Occupation Actuelle	Discipline universitaire
2304	0100	ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008	Anesthésiologie réanimation
2315	0174	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007	chirurgie générale
2369	0041	BACONNIER Pierre Depuis 01/10/1993	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2295	0008	BAGUET Jean-Philippe Depuis 01/09/2006	Cardiologie
2431	0024	BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003	Radiothérapie
2301	0919	BARRET Luc Depuis 01/10/1992	Médecine légale et droit de la santé
2302	0048	BAUDAIN Philippe Depuis 01/05/1990	Radiologie et imagerie médicale
2363	0063	BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992	Dermato-vénéréologie
2290	0003	BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2495	0031	BERGER François Depuis 01/09/2001	Biologie cellulaire
2307	1117	BLIN Dominique 01/07/1990 au 01/01/2010	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2456	0039	BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
5179	1453	BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2416	0011	BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998	Psychiatrie d'adultes
2372	0013	BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012	Médecine interne
2309	0954	BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989	Pneumologie
2368	0004	BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993	Anatomie et cytologie pathologiques
2302	0048	BRICAULT Ivan Depui 01/09/2011	Radiologie et imagerie médicale
2365	0900	BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2294	0043	CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004	Hématologie
2405	0017	CARPENTIER Françoise Depuis 01/09/1997	Thérapeutique, médecine d'urgence
2310	0020	CARPENTIER Patrick Depuis 01/10/1990	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
2425	0030	CESBRON Jean-Yves Depuis 01/09/1999	Immunologie
2308	0110	CHABARDES Stephan Depuis 01/09/2010	Neurochirurgie
2535	0725	CHABRE Olivier Depuis 01/09/2002	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2316	0061	CHAFFANJON Philippe Depuis 01/09/2005	Anatomie
2340	0134	CHAVANON Olivier Depuis 01/09/2006	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2297	0190	CHIQUET Christophe Depuis 01/09/2007	Ophthalmologie
2311	0062	CHIROSEL Jean-Paul Depuis 01/06/1990	Anatomie

2343	0233	CINQUIN Philippe Depuis 01/10/1992	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
3551	1414	COHEN Olivier Depuis 01/09/2003	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
5237	0103	COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007	Gériatrie et biologie du vieillissement
2306	0077	CRACOWSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
2313	0879	DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992	Médecine et santé au travail
2322	0032	DEBILLON Thierry Depuis 01/09/2003	Pédiatrie
8855	0084	DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010	Addictologie
2344	1009	DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2403	0022	DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997	Urologie
4068	1437	ESTEVE François Depuis 01/09/2004	Biophysique et médecine nucléaire
2361	0034	FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992	Biophysique et médecine nucléaire
2493	0055	FAUCHERON Jean-Luc Depuis 01/09/2001	chirurgie générale
2447	0047	FERRETTI Gilbert Depuis 01/09/2000	Radiologie et imagerie médicale
2317	0005	FEUERSTEIN Claude Depuis 01/07/1992	Physiologie
5178	1452	FONTAINE Eric Depuis 01/01/2006	Nutrition
2411	0028	FRANCOIS Patrice Depuis 01/09/1998	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
9594	0072	GARBAN Frédéric Depui 01/09/2011	Hématologie, transfusion
2491	0053	GAUDIN Philippe Depuis 01/09/2001	Rhumatologie
2296	0052	GAVAZZI Gaetan Depui 01/09/2011	Gériatrie et biologie du vieillissement
2300	0065	GAY Emmanuel Depuis 01/09/2004	Neurochirurgie
2318	9901	GRIFFET Jacques Depuis 01/03/2010	Chirurgie infantile
2372	0013	HALIMI Serge Depuis 01/10/1990	Nutrition
2339	0102	HENNEBICQ Sylviane Depuis 01/09/2012	Génétique et procréation
2305	0027	HOFFMANN Pascale Depuis 01/09/2012	Gynécologie obstétrique
2384	0012	HOMMEL Marc Depuis 01/09/1995	Neurologie
2404	1317	JOUK Pierre-Simon Depuis 01/09/1997	Génétique
2364	0014	JUVIN Robert Depuis 01/10/1993	Rhumatologie
5235	0069	KAHANE Philippe Depuis 01/09/2007	Physiologie
2508	0050	KRACK Paul Depuis 01/09/2003	Neurologie
2338	0912	KRAINIK Alexandre Depuis 01/09/2009	Radiologie et imagerie médicale
2344	1009	LABARERE José Depuis 01/09/2012	Département de veille sanitaire

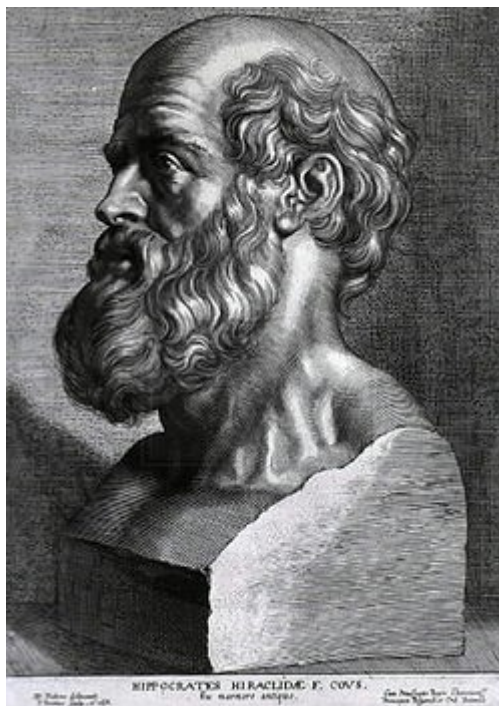
5176	1480	LANTUEJOUL Sylvie Depuis 01/09/2008	Anatomie et cytologie pathologiques
2323	0018	LE BAS Jean-François Depuis 01/06/1992	Biophysique et médecine nucléaire
2324	0042	LEBEAU Jacques Depuis 01/10/1989	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
2507	0015	LECCIA Marie-Thérèse Depuis 01/09/2002	Dermato-vénéréologie
2392	0006	LEROUX Dominique Depuis 01/09/1996	Génétique
2303	0064	LEROY Vincent Depuis 01/09/2007	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
2325	0026	LETOUBLON Christian Depuis 01/05/1992	chirurgie générale
2401	0033	LEVY Patrick Depuis 01/09/1997	Physiologie
2327	0112	LUNARDI Joël Depuis 01/10/1992	Biochimie et biologie moléculaire
2328	0045	MACHECOURT Jacques Depuis 01/10/1989	Cardiologie
2329	0184	MAGNE Jean-Luc Depuis 01/07/1990	Chirurgie vasculaire
5233	3755	MAITRE Anne Depuis 01/09/2007	Médecine et santé au travail
2500	0056	MAURIN Max Depuis 01/09/2002	Bactériologie - virologie
2330	0021	MERLOZ Philippe Depuis 01/10/1991	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2332	0007	MORAND Patrice Depuis 01/09/2007	Bactériologie - virologie
2362	0071	MORO Elena Depuis 01/09/2012	Neurologie
2293	0046	MORO-SIBILOT Denis Depuis 01/09/2005	Pneumologie
2380	0010	MOUSSEAU Mireille Depuis 01/09/1994	Cancérologie
2331	0001	MOUTET François Depuis 01/10/1990	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
2311	0062	PALOMBI Olivier Depui 01/09/2011	Anatomie
2379	0019	PASSAGIA Jean-Guy Depuis 01/09/1994	Anatomie
2393	0009	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Depuis 01/09/1996	Anesthésiologie réanimation
2486	0889	PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001	Parasitologie et mycologie
2291	0057	PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004	Physiologie
2395	1318	PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008	Médecine physique et de réadaptation
2312	0051	PERNOD Gilles Depuis 01/09/2007	Médecine vasculaire
2314	0060	PIOLAT Christian Depuis 01/09/2009	Chirurgie infantile
2381	0671	PISON Christophe Depuis 01/09/1994	Pneumologie
2333	0044	PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003	Pédiatrie
2412	0038	POLACK Benoît Depuis 01/09/1998	Hématologie

2414	0066	PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998	Gynécologie obstétrique
2334	0058	RAMBEAUD Jacques Depuis 01/07/1991	Urologie
2367	0911	REYT Emile Depuis 01/10/1992	Oto-rhino-laryngologie
2307	1117	RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010	Oto-rhino-laryngologie
2335	0023	ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991	Ophtalmologie
2336	0025	SARAGAGLIA Dominique Depuis 01/07/1992	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2298	0913	SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005	Oto-rhino-laryngologie
2326	0037	SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012	Réanimation médicale
2387	1281	SERGEANT Fabrice Depui 01/09/2011	Gynécologie obstétrique
2320	0059	SESSA Carmine Depuis 01/09/2005	Chirurgie vasculaire
2341	1026	STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992	Maladies infectieuses, maladies tropicales
2337	0002	STANKE Françoise Depuis 01/09/2011	Pharmacologie fondamentale
2321	0054	TIMSIT Jean-François Depuis 01/09/2004	Réanimation
2319	0088	TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2370	0074	TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008	Biochimie et biologie moléculaire
2428	0016	VANZETTO Gérald Depuis 01/09/1999	Cardiologie
2430	0035	VUILLEZ Jean-Philippe Depuis 01/09/1999	Biophysique et médecine nucléaire
9591	0117	WEIL Georges Depui 01/09/2011	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
2292	0878	ZAOUI Philippe Depuis 01/09/2002	Néphrologie
2377	0036	ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Corps : MCU-PH 2012/2013

N° poste HARPEGE	N° poste ministère	Occupation Actuelle	Discipline universitaire
2487	0070	APTEL Florent Depuis 01/09/2012	Ophtalmologie
2354	0118	BOISSET Sandrine Depuis 01/09/2012	Agents infectieux
2350	0137	BONNETERRE Vincent Depuis 01/09/2011	Médecine et santé au travail
2371	1226	BOTTARI Serge Depuis 01/10/1993	Biologie cellulaire
2444	0081	BOUTONNAT Jean Depuis 01/09/2000	Cytologie et histologie
2489	0090	BOUZAT Pierre Depuis 01/09/2012	Réanimation
2513	0131	BRENIER-PINCHART M.Pierre Depuis 01/11/2001	Parasitologie et mycologie
2492	0099	BRIOT Raphaël Depuis 01/09/2009	Thérapeutique, médecine d'urgence
3549	1415	CALLANAN-WILSON Mary Depuis 01/09/2002	Hématologie, transfusion
2524	0114	DERANSART Colin Depuis 01/09/2004	Physiologie
2427	0136	DETANTE Olivier Depuis 01/09/2009	Neurologie
2356	0138	DIETERICH Klaus Depuis 01/09/2012	Génétique et procréation
2378	0132	DUMESTRE-PERARD Chantal Depuis 01/09/2004	Immunologie
2424	0109	EYSSERIC Hélène Depuis 01/10/2009	Médecine légale et droit de la santé
2497	0082	FAURE Julien Depuis 01/09/2008	Biochimie et biologie moléculaire
2345	0908	GILLOIS Pierre Depuis 01/09/2010	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2383	0089	GRAND Sylvie Depuis 01/09/1995	Radiologie et imagerie médicale
2410	0130	GUZUN Rita Depuis 01/09/2012	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
2351	0113	LAPORTE François Depuis 01/10/1991	Biochimie et biologie moléculaire
2391	0073	LARDY Bernard Depuis 01/09/2007	Biochimie et biologie moléculaire
2402	0097	LARRAT Sylvie Depuis 01/09/2009	Bactériologie, virologie
2496	0078	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine Depuis 01/09/2001	Physiologie
2352	0133	MALLARET Marie-Reine Depuis 01/08/1992	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
2538	0085	MAUBON Danièle Depuis 01/09/2010	Parasitologie et mycologie
2348	0123	MC LEER (FLORIN) Anne Depuis 01/09/2011	Cytologie et histologie
2488	0956	MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2008	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2353	0119	MOUCHET Patrick Depuis 01/10/1992	Physiologie
5521	1454	PACLET Marie-Hélène Depuis 01/09/2007	Biochimie et biologie moléculaire
2445	0162	PAYSANT François Depuis 01/02/2008	Médecine légale et droit de la santé
5201	1481	PELLETIER Laurent Depuis 01/01/2006	Biologie cellulaire
2440	0120	RAY Pierre Depuis 01/09/2003	Génétique
2494	1399	RIALLE Vincent Depuis 01/09/2001	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2357	0111	ROUX-BUISSON Nathalie Depuis 01/09/2012	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
2400	0106	SATRE Véronique Depuis 01/09/2005	Génétique
2359	1010	STASIA Marie-Josée Depuis 01/08/1992	Biochimie et biologie moléculaire
2349	0087	TAMISIER Renaud Depuis 01/09/2006	Physiologie





## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# REMERCIEMENTS

*Au jury*

A Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA, pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Anne AGNOLI, directrice de thèse, pour avoir entrepris cette aventure avec moi. Merci pour ton aide, merci pour ton humanité, merci pour tout ce que tu m'as appris durant ces six mois à la PASS d'Annecy.

Aux membres du jury,  
A Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS,  
A Madame le Docteur Marie-Reine MALLARET,  
A Monsieur le Docteur PLASSART,  
pour avoir accepté de juger ce travail, chacun avec votre expertise. Je vous exprime ici mes plus sincères remerciements.

*A ceux qui ont participé à ce travail*

A Monsieur le Docteur Jérôme JUND pour ton aide statistique et tes conseils avisés : merci !

A toutes les personnes travaillant à la PASS et en Addictologie à Annecy, pour votre accueil, votre énergie. Merci à Sylvia, les deux Carolines, Christine pour ton mémoire, Béatrice, Virginie, Cécile, Anasthasia, Paola, Michèle, Myriam, Ève et tous les autres : MERCI.  
Merci spécial à Sandra L'EPLATTENIER pour tes conseils à l'initiation de ce travail, pour nos discussions et pour tout ce que tu m'as appris (pas uniquement en médecine).

A tous ceux qui m'ont aidée, acceptée, intégrée dans leur structure pour réaliser ce travail. Merci à Robert et Lise de l'Herminette, merci aux éducatrices de la Traverse, merci à tous les éducateurs des différents CHRS et structures d'accueil d'Annecy et Grenoble.

A tous ceux qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.

Aux relecteurs.

*A ceux qui ont participé à ma formation*

Un grand merci aux médecins et aux équipes soignantes des différents services dans lesquels je suis passée. Un merci en particulier à Christian Estève, Alain El Sawy, Jean-Pierre Roulet et Françoise Pommier, vous avez été des moteurs forts de ma formation en médecine générale.

*Merci à tous ceux qui m'accompagnent et m'ont accompagnée toutes ces années,*

Merci Mathieu d'avoir gonflé ma vie à l'hélium magique, d'avoir jeté des couleurs partout, il y a beaucoup de ton énergie positive dans cette thèse.

Merci à ma famille :

Seb, mon frère, mille mercis pour ton aide si précieuse pour ma thèse, relecture, mise en page, conseils... Mais merci surtout pour toutes ces années passées ensemble, les voyages où l'on partageait la banquette arrière de la voiture, les chambres d'hôtel, les fou-rires, les Pimousses crachés, la guitare...

Maman, merci... toujours là l'une pour l'autre.

Papa, merci d'avoir toujours cru en moi, mine de rien, de m'avoir poussée à oser !

Mes grands-parents, encore avec nous ou non, sans vous je ne serais pas là... et vous, vous serez toujours avec moi !

A ma Tatayi, ma marraine de coeur, juste merci d'être là !

A toute la famille Hodara et la famille des Pays-Bas.

Merci aux amis :

Un grand merci à tous les aventuriers de la médecine, on a chevauché ensemble vers l'inconnu,

A Julie, pour la fantaisie, les kiwis, la fraîcheur, les soirées iceberg, les natchis, la rigolade, la complicité et les dégustations culinaires.

A Clément, mon frère des montagnes, des galaxies plein les yeux, merci pour les photos, les randos, les souvenirs...

A Sophia pour ta relecture attentive et tout le reste...

A vous tous, Céline, Delphine, Xavier, Amélie, Cécile, Hélène, Aurélie, Carole, Céline, Amélie... que de bons souvenirs !

Merci à ceux qui étaient là avant,

Delphine, la copine de toujours, Mathilde, Valérie, Sandrine, Mathieu...

*Merci à tous ceux qui sont venus m'écouter.*

# Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>4</b>
2.1	La population d'étude . . . . .	4
2.1.1	Une population dans la grande précarité . . . . .	4
2.1.2	Critères d'inclusion . . . . .	4
2.1.3	Critères d'exclusion . . . . .	4
2.1.4	Temps d'inclusion . . . . .	5
2.2	Méthode de l'enquête . . . . .	5
2.3	Critères de jugement . . . . .	6
2.4	Méthode d'analyse statistique . . . . .	6
<b>3</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>7</b>
3.1	Description de la population . . . . .	7
3.2	La consommation de tabac . . . . .	7
3.3	Evaluation de la motivation . . . . .	8
3.4	Facteurs démographiques et comportementaux influençant la motivation . . . . .	10
3.5	Facteurs déterminants de la motivation . . . . .	11
3.6	Eléments associés : moral et confiance . . . . .	11
3.6.1	Moral . . . . .	11
3.6.2	Estimation de la confiance en soi pour arrêter . . . . .	12
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>13</b>
4.1	Les points forts et les limites de l'étude . . . . .	13
4.2	Comparaison avec la littérature . . . . .	14
4.2.1	Caractéristiques démographiques . . . . .	14
4.2.2	Niveau de dépendance . . . . .	15
4.2.3	La motivation . . . . .	15
4.2.4	Facteurs démographiques et comportementaux . . . . .	16
4.2.5	Facteurs constitutifs de la motivation . . . . .	16
4.2.5.1	Les facteurs intrinsèques . . . . .	17
4.2.5.2	Les facteurs extrinsèques . . . . .	18
4.3	Contexte et perspectives . . . . .	19
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>21</b>
	<b>Références</b>	<b>23</b>
	<b>Annexes</b>	<b>26</b>

# 1 INTRODUCTION

D'après les dernières estimations, le tabac est responsable de la mort de 73000 personnes par an en France [1]. C'est la première cause de mortalité évitable en Europe et dans le monde, ce qui en fait un problème de santé publique prioritaire [2].

En France, depuis la loi Veil en 1976 et de façon plus intense depuis la loi Evin en 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour réduire la consommation de tabac (réglementation puis interdiction de la publicité, hausse régulière des taxes et des prix des cigarettes, restriction des conditions de vente et d'usage du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics...) [3].

Toutes ces mesures ont permis de faire baisser le niveau de consommation de cigarettes depuis 1970. Le pourcentage de personnes déclarant fumer même occasionnellement est passé de 40% en 1970 à 33,7% en 2010 avec 29,1% de fumeurs quotidiens [4]. Cette baisse, qui tend d'ailleurs à s'enrayer depuis 2005, n'a pas touché de façon égale tous les types de population. En effet, les populations les plus précaires n'ont pas diminué leur tabagisme [5]. Cet état de fait est d'autant plus marquant que les deux dernières décennies ont vu se renforcer le lien entre le tabagisme (et toutes les complications du tabagisme jusqu'au décès) et les inégalités sociales.

La notion d'inégalité sociale de santé, qui fait l'objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé, est ici au premier plan. Elle fait référence au fait que l'état de santé des populations se dégrade le long d'un gradient social traversant toutes les couches de la société en allant des plus favorisés vers les plus défavorisés [6]. Ainsi, en Europe, les populations avec un statut socio-économique plus bas ont deux à trois fois plus de risque de développer une pathologie, un handicap ou de mourir prématurément que les populations plus aisées. La moitié de cette différence de risque serait imputable au tabac [7]. Selon Anton Kunst, lutter contre l'inégalité de consommation du tabac est un élément clé de la lutte contre les inégalités sociales de santé [8].

En France l'enjeu a bien été compris et le thème de la journée mondiale sans tabac en 2004 était « tabac et précarité ». La problématique s'articule autour de plusieurs points : les populations précaires fument plus (selon l'INPES, en 2010 51,1% des chômeurs sont fumeurs contre 33,4% des actifs) [4], elles ont moins de chance de réussir un sevrage tabagique [8][9][10], leur niveau de consommation et de dépendance sont supérieurs à ceux de la population générale [5][11] et enfin les conséquences du tabagisme sur leur santé

sont plus importantes [12].

Des études sociologiques et de santé publique ont été réalisées pour tenter de déterminer la cause de ces constatations et l'absence de sensibilité de ces populations aux mesures de lutte contre le tabagisme [5][11][13][14]. Ce sont des études qualitatives qui ouvrent des pistes de réflexion sur la façon d'améliorer les programmes d'aide au sevrage pour ces populations. Il n'existe par contre que très peu d'études quantitatives sur le sujet et encore moins d'études consacrées au tabagisme des populations très précaires dites « de la rue ».

Les éducateurs et infirmières qui travaillent avec les personnes en grande précarité sociale expriment des réticences à proposer un sevrage tabagique. Des raisons telles que « c'est leur dernier plaisir » ou « c'est bien le dernier de leurs soucis » ou même « c'est un bon moyen de créer le lien » ont été souvent évoquées. Il était évident que la question du sevrage tabagique n'était pas prioritaire ni même bienvenue.

Mais qu'en est-il des populations concernées ? Sont-elles motivées pour arrêter de fumer ?

Le but de notre étude était d'évaluer la motivation au sevrage tabagique des populations fréquentant les structures d'aide sociale (accueil de jour et centre d'hébergements) à Annecy et Grenoble.

## **2 MATERIEL ET METHODE**

Ce travail était observationnel, multicentrique et de type enquête.

### **2.1 La population d'étude**

#### **2.1.1 Une population dans la grande précarité**

Le mot « précarité » vient du latin « precarius » qui signifie : « qui s'obtient par la prière » notion qui souligne que ces personnes ont besoin d'une aide extérieure.

La définition officielle de la précarité est celle de J. Wresinski qui, dans son rapport remis au Conseil Economique et Social en 1987, définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » [15]

Il était considéré dans cette étude, que toute personne fréquentant une structure d'aide sociale en tant qu'usager était une personne précaire. En effet, elle avait besoin d'une aide de la société pour sa vie de tous les jours (alimentation ou logement).

Georges Simmel disait : « c'est l'assistance qui définit le pauvre ».

#### **2.1.2 Critères d'inclusion**

La population d'étude était constituée de personnes fréquentant en tant qu'usager trois structures d'accueil sur le bassin d'Annecy et quatre structures du bassin de Grenoble (Annexe 1). Etaient incluses les personnes fumeuses, âgées de 18 ans et plus, qui ont accepté de remplir le questionnaire. Il fallait également qu'elles soient en état de comprendre et de répondre aux questions.

#### **2.1.3 Critères d'exclusion**

Etaient exclus de notre étude : les femmes enceintes, les enfants et les personnes avec qui la communication était impossible (soit à cause de la

barrière de la langue soit à cause d'une pathologie psychiatrique majeure ou d'une alcoolisation massive).

#### **2.1.4 Temps d'inclusion**

Pour avoir un échantillon représentatif l'enquête s'est déroulée sur une période de recueil de deux mois sur le bassin d'Annecy et deux mois sur le bassin de Grenoble.

## **2.2 Méthode de l'enquête**

Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle par questionnaire.

Le questionnaire était anonyme et construit en trois parties (Annexe 2) :

- La première partie permettait de décrire la population, ses habitudes par rapport au tabac et son niveau de dépendance. Le niveau de dépendance était évalué par un test de Fagerström simplifié ou « mini-test » (Annexe 3). C'est le test qui est utilisé par les Baromètres de santé en France [16][17].
- La deuxième partie explorait à proprement parler la motivation au sevrage tabagique. Elle comprenait le « Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac » (Q-MAT), seul test validé dans cette indication en France [18] (Annexe 3), et une échelle numérique. L'échelle numérique n'a pas été validée pour évaluer la motivation mais elle est néanmoins utilisée par l'INPES. Elle avait l'avantage d'être simple et de ne pas nécessiter de projection dans le futur. Deux échelles numériques ont été ajoutées, l'une pour évaluer le moral et l'autre pour évaluer la confiance de la personne en sa capacité à réussir le sevrage.
- La troisième partie s'intéressait aux facteurs intrinsèques (plaisir, stress...) et extrinsèques (situation personnelle, entourage...) qui jouent un rôle fondamental dans la construction de la motivation.

Le questionnaire a été soumis à Annecy en avril et mai 2012 et à Grenoble en juin et juillet 2012. Les personnes étaient prévenues à l'avance du passage de l'investigateur dans les locaux, soit par les éducateurs, soit par affichage. Après une présentation rapide de l'enquête et de la démarche, le consentement oral de chaque personne fumeuse était recherché. La personne choisissait de



répondre au questionnaire seule ou avec l'aide de l'investigateur.

## 2.3 Critères de jugement

La motivation a été analysée à partir des questions du test de Lagrue et Legeron (Q-MAT) et de l'échelle numérique. Ces deux évaluations ont été comparées pour savoir si elles étaient concordantes et s'il était possible d'utiliser indifféremment l'une ou l'autre dans l'évaluation de la motivation chez les personnes précaires. Pour faire cette comparaison les valeurs de l'échelle numériques ont été séparées en trois catégories : motivation faible ( $< 4$ ) motivation moyenne (4-6) et motivation forte ( $> 6$ ).

Dans un deuxième temps les facteurs qui influencent la motivation ont été analysés. Les facteurs démographiques (âge, sexe, revenus...) puis les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui freinaient ou au contraire favorisaient la motivation au sevrage tabagique ont été étudiés.

## 2.4 Méthode d'analyse statistique

Les variables qualitatives ont été exprimées à l'aide de leurs fréquences et pourcentages valides et ont été comparées à l'aide du test du Chi2 ou du test exact de Fisher. La concordance entre deux variables qualitatives a été évaluée à l'aide du coefficient Kappa.

Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes, médianes et écart-types. Leurs moyennes sont comparées à l'aide d'une analyse de variance (ANOVA).

Le seuil de significativité a été fixé à 5% ( $p < 0,05$ ).

## 3 RESULTATS

96 personnes ont répondu au questionnaire pendant la période d'inclusion. 2 questionnaires n'ont pas pu être retenus car ils étaient trop peu remplis (moins de la moitié) et la partie concernant la motivation n'avait pas été complétée. 94 questionnaires ont donc été inclus dans l'analyse.

### 3.1 Description de la population

69 hommes et 25 femmes ont répondu au questionnaire (soit 73,4% d'hommes et 26,6% de femmes). Plus de trois quart de cette population avait plus de 30 ans. La description détaillée de la population peut être retrouvée en Annexe 4. Plus de 70% des personnes étaient considérés comme sans domicile fixe et avait moins de 800 euros par mois pour vivre. Pour autant 57% consacraient plus de 100 euros par mois au tabac. Concernant la couverture sociale, 54,5% étaient bénéficiaires de la CMU.

Les populations d'Annecy et Grenoble ont été comparées (46 questionnaires à Annecy et 48 à Grenoble). Ces deux populations étaient comparables sur tous les points sauf au niveau du budget. La population annécienne était globalement plus riche que la population grenobloise : 64,3% des annéciens gagnaient plus de 600 euros par mois contre 39,5% des grenoblois. ( $p=0,026$ ).

### 3.2 La consommation de tabac

Concernant le niveau de dépendance, le test de Fagerström simplifié ou « mini test » a retrouvé une dépendance forte au tabac chez 50% des personnes interrogées (résultats détaillés en Annexe 4). La majorité des personnes fumait leur première cigarette dans les cinq minutes après leur réveil et fumait entre onze et vingt cigarettes par jour.

Si l'on considère le mode de consommation, 71% fumaient des cigarettes industrielles (et 34% ne fumaient que ça), 51% fumaient des cigarettes roulées (et 15% ne fumaient que ça).

Concernant les consommations associées, 44% déclaraient consommer au moins occasionnellement du cannabis et 36% déclaraient boire de l'alcool tous les jours.

66% avaient déjà essayé d'arrêter de fumer (76% des femmes et 62,3% des hommes) et 36% s'étaient vu proposer une aide au sevrage.

### 3.3 Evaluation de la motivation

Calcul du score au test Q-Mat : (Annexe 4)

La note moyenne était 5,54 sur 20 (n=94, écart type à 5,46, médiane à 4).

13,8% étaient considérés comme fortement motivé. La motivation était moyenne pour 17% des personnes interrogées et insuffisante pour 69,2%.

Echelle d'auto-évaluation numérique

La note moyenne était 4,96 sur 10 (sur 92 réponses, médiane à 5 ; écart type à 2,82).

La répartition était assez homogène avec environ un tiers des personnes dans chaque catégorie. 32,6% de personnes faiblement motivées (note de 1 à 3), 35,9% étaient moyennement motivées (note de 4 à 6) et 31,5% fortement motivées (note de 7 à 10).

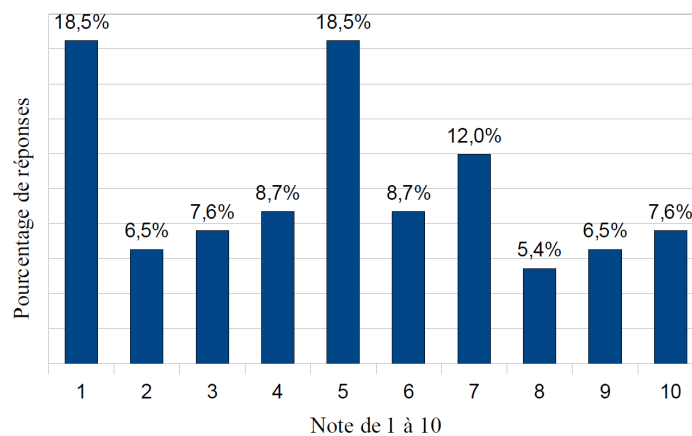


FIGURE 1 – Evaluation de la motivation par l'échelle numérique

### Corrélation entre ces deux évaluations

Si l'on considère les variables continues, le calcul de corrélation entre les deux tests retrouvait une corrélation de Pearson à 0,551 (corrélation parfaite : 1 , corrélation nulle : 0).

En prenant les données classées par les deux tests en faible, moyenne et forte le kappa était à 0,221 (corrélation parfaite : 1 , corrélation nulle : 0).

En regardant les chiffres de plus près (tableau 1), la diagonale concordante (zone en rouge) comportait 44 données soit 47,8% des valeurs. Les valeurs des zones en bleu sont celles qui étaient classées plus élevées dans l'évaluation de la motivation par le Q-MAT, que par l'échelle. Il n'y avait dans cette zone que 5 données soit 5,4% des valeurs. Dans la zone en jaune les valeurs étaient mieux classées par l'échelle numérique que par le Q-MAT. Cette zone comporte 43 données soit 46,7% des valeurs. L'évaluation par l'échelle numérique a tendance à classer les personnes dans une catégorie de motivation supérieure à l'évaluation par le test du Q-MAT.

Le test du Q-MAT était plus sévère sur toutes les estimations de la motivation.

			Evaluation de la motivation par le Q-MAT			Total
			Faible	Moyenne	Forte	
Evaluation de la motivation par l'échelle numérique	Faible	Effectif	28	1	1	30
		*	44.4%	6.3%	7.7%	32.6%
	Moyenne	Effectif	23	7	3	33
		*	36.5%	43.8%	23.1%	35.9%
	Forte	Effectif	12	8	9	29
		*	19.0%	50.0%	69.2%	31.5%
Total		Effectif	63	16	13	92
		*	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

\* = % compris dans l'évaluation Q-MAT

TABLE 1 – Corrélation entre l'évaluation de la motivation par le Q-MAT et par l'échelle numérique

### 3.4 Facteurs démographiques et comportementaux influençant la motivation

Les résultats ont été résumés dans le tableau ci-dessous :

Motivation évaluée par l'échelle :		Faible	Moyenne	Forte	
Sexe	Homme	41.8%	34.3%	23.9%	<b>p=0.004</b>
	Femme	8.0%	40.0%	52.0%	
Age	< 30 ans	45.0%	30.0%	25.0%	p=0.408
	> 30 ans	29.2%	37.5%	33.3%	
Consommation d'alcool	Oui	54.2%	25.0%	20.8%	<b>p=0.032</b>
	Non	25.0%	39.7%	35.3%	
Consommation de cannabis	Oui	40.0%	33.3%	26.7%	p=0.493
	Non	27.9%	37.7%	34.4%	
Tentative antérieure d'arrêt	Oui	20.0%	40.0%	40.0%	<b>p=0.001</b>
	Non	56.3%	28.1%	15.6%	
Revenus	< 600 euros	36.8%	36.8%	26.3%	p=0.532
	> 600 euros	31.0%	31.0%	38.1%	

TABLE 2 – Influence des facteurs démographiques et comportementaux sur la motivation évaluée par l'échelle numérique

Par exemple, la différence de motivation était statistiquement différente entre les hommes et les femmes ( $p=0,004$ ) : 41,8% des hommes étaient faiblement motivés, 34,3% l'étaient moyennement et 23,9% étaient fortement motivés. Chez les femmes 8% étaient faiblement motivées, 40% l'étaient moyennement et 52% étaient fortement motivées.

En utilisant les résultats du Q-MAT pour comparer ces différents facteurs les mêmes éléments étaient significatifs si l'on comparait les notes obtenues (Annexe 4). Par contre en comparant le classement en « faible », « moyen » et « fort » par le Q-MAT, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

### **3.5 Facteurs déterminants de la motivation**

Le détail des résultats est présenté en Annexe 4.

Pour l'analyse de ces résultats, les réponses « beaucoup » et « un peu » étaient considérées comme positives et les réponses « pas vraiment » et « pas du tout » comme négatives.

L'élément le plus souvent évoqué à la question « Qu'est-ce que le tabac vous apporte ? » était la gestion du stress avec 78% de réponses positives. Apparaissait ensuite la notion du soutien moral (59,8%) puis en troisième et quatrième position les notions de convivialité et de plaisir (58%).

Dans les motivations à l'arrêt les deux éléments les plus motivants étaient de retrouver une meilleure condition physique et de mieux respirer (76% de réponses positives). Le prix du tabac arrivait en dernier dans les facteurs motivant l'arrêt (45,2%).

Les deux éléments qui freinaient le plus la population d'étude au sevrage étaient la peur d'être irritable et le fait qu'il y avait d'autres problèmes prioritaires, l'idée du sevrage passant après (62,8% de réponses positives pour ces deux items). Le prix des patches freinait moins d'un tiers des personnes (31,5%) et 27,7% disaient ne pas savoir à qui s'adresser.

Concernant les facteurs extérieurs pouvant motiver l'initiation d'un sevrage, plus de la moitié (54,4%) des personnes déclaraient être motivées par l'idée d'un suivi individuel. 42% auraient été motivées par une réunion collective et 45% auraient été motivées par une distribution gratuite de patches. Une augmentation du prix du tabac aurait motivé 28% des personnes interrogées.

### **3.6 Eléments associés : moral et confiance**

#### **3.6.1 Moral**

La note moyenne était 6,3 (n= 91, écart types 2,9). La médiane est à 6/10.

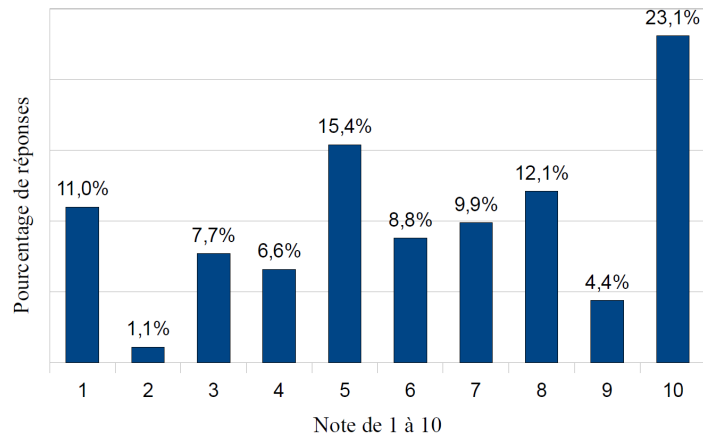


FIGURE 2 – Evaluation de l’humeur par l’échelle numérique

### 3.6.2 Estimation de la confiance en soi pour arrêter

La note moyenne est 6,04,  $n=78$ , médiane à 6, écart-type 3,13.

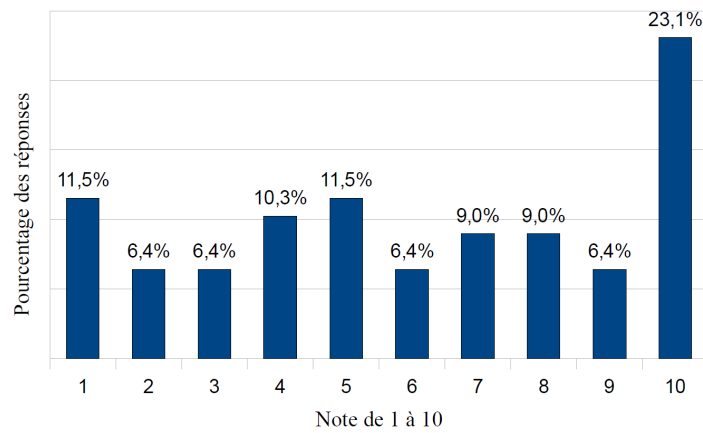


FIGURE 3 – Evaluation de la confiance en soi par l’échelle numérique

## 4 DISCUSSION

Le résultat du Q-MAT montre une motivation insuffisante chez plus de deux tiers des personnes interrogées. Ce chiffre passe à un tiers en utilisant l'échelle numérique. Les deux méthodes d'évaluation étaient corrélées mais de manière assez faible, ne permettant pas d'utiliser indifféremment l'une ou l'autre. Par contre, elles permettaient l'une comme l'autre de comparer les différents facteurs constitutifs de la motivation.

### 4.1 Les points forts et les limites de l'étude

L'enquête a été faite « en population » : le recrutement des personnes a été effectué dans la variété des services d'aide qu'elles fréquentent. Ceci a permis d'obtenir des données de prévalence qui n'étaient pas entachées d'un biais de recrutement lié au recours aux soins.

La plupart des personnes ont préféré répondre au questionnaire avec l'investigateur (moi-même). Ceci a permis une discussion et un échange qui a enrichi considérablement la réflexion autour de ce travail. En contrepartie, un biais dans le recueil des données a pu être introduit du fait de la présence de l'investigateur lors du remplissage des réponses. De plus, un biais de confusion a pu s'y ajouter car la population d'Annecy connaissait l'investigateur depuis quelques mois lors de l'enquête, alors que la population de Grenoble ne l'avait jamais vu. Les deux groupes étaient néanmoins comparables en tous points sauf au niveau des revenus. Comme le revenu n'a pas d'incidence sur la motivation ce facteur n'a pas été retenu comme biais de confusion.

Le questionnaire ne comportait aucune mesure objective pour diminuer le biais de déclaration. Il n'existe pas de mesure objective de la motivation mais, pour évaluer la dépendance, le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré aurait pu être mesuré. Cette mesure aurait nécessité du matériel qui n'était pas disponible facilement.

L'utilisation du Q-MAT comme test de référence de la motivation peut être discutée. Ce test a été choisi car il est le test reconnu et utilisé en France [18]. D'autres tests existent mais n'ont pas été validés. Le test de Richmond est reconnu pour sa valeur prédictive du succès au sevrage mais non comme instrument de mesure de la motivation [19]. L'échelle numérique est utilisée par l'INPES mais aucune étude n'a permis de la valider.

Il faut ajouter que la motivation au sevrage tabagique des populations dans la très grande précarité n'a pas fait l'objet d'études spécifiques. Le fait



que le Q-MAT demandait une projection dans le futur amenait peut-être un biais de confusion. En effet, une étude récente montrait que les personnes qui vivent dans la précarité avaient justement des difficultés à envisager l’avenir [13]. Ce biais a été anticipé en ajoutant une évaluation de la motivation par une échelle visuelle numérique. Celle-ci ne tenant pas compte de la temporalité. Il paraissait intéressant d’avoir deux mesures différentes pour pouvoir les comparer.

Un biais de volontariat peut également être relevé car seules les personnes volontaires ont répondu au questionnaire. Il est possible que les personnes n’ayant pas souhaité répondre étaient moins motivées pour arrêter de fumer.

Cette étude reposait sur une population sélectionnée et avec un effectif assez faible.

Un dernier point est à évoquer. L’échelle de motivation a été évaluée de 1 à 10 et non de 0 à 10 ce qui peut introduire une erreur dans les résultats de moyenne et écart-type. Cette erreur disparaît lorsque l’on compare les différents sous-groupes. Pour plus de rigueur une analyse de sensibilité a été réalisée, en considérant que toutes les personnes ayant répondu 1 auraient répondu 0. Les résultats restaient tous significatifs.

## **4.2 Comparaison avec la littérature**

### **4.2.1 Caractéristiques démographiques**

La répartition homme / femme était superposable aux statistiques des différentes structures d’accueil (Annexe 1). En comparant à d’autres études réalisées dans des populations en grande précarité [20][21], on remarquait que la proportion de femmes était plus faible dans l’étude présente. Cette différence s’expliquait car ici était sélectionnée une population fumeuse et les femmes fument statistiquement moins que les hommes [4].

Concernant le budget, les populations d’Annecy étaient globalement plus riches qu’à Grenoble. Ce constat pouvait s’expliquer par le fait que le coût de la vie est supérieur à Annecy. Ainsi, même avec un revenu plus important, les populations étaient quand même dans la grande précarité. Peut-être aussi était-ce un biais de déclaration. Comme le revenu n’avait pas de conséquence sur la motivation au sevrage cet état de fait n’a pas été considéré comme un biais éventuel.

### 4.2.2 Niveau de dépendance

La comparaison des résultats obtenus avec ceux de la population générale montrait une dépendance statistiquement plus importante dans les populations précaires. La forte dépendance touchait 50% de la population étudiée contre environ 18% de la population générale [16]. Le détail peut être retrouvé en Annexe 5. Il n'y avait pas de différence statistique entre les deux sexes ( $p=0,3$ ). Ces observations étaient concordantes avec celles de la littérature [5].

### 4.2.3 La motivation

Les résultats du Q-MAT montraient une motivation assez faible de la population étudiée avec 69,2% de personnes insuffisamment motivées au sevrage tabagique. Il était difficile de comparer ces résultats avec ceux de la population générale. En effet peu d'études ont été réalisées dans ce contexte mais plutôt chez des personnes déjà demandeuses d'une aide au sevrage et donc déjà motivées.

Une thèse réalisée en 2008 [22] recherchait la motivation au sevrage tabagique par le QMAT sur une population masculine fumeuse venant consulter un médecin généraliste. L'étude portait sur 32 sujets. Dans ce travail 48% étaient insuffisamment motivées, 32% moyennement et 19% fortement. (Ces chiffres étaient respectivement 69,2%, 17% et 13,8% dans la population très précaire) (Annexe 5). La différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,1$ ). La tendance laisse quand même imaginer que si les effectifs avaient été plus importants une motivation plus faible chez les personnes précaires aurait pu ressortir.

L'évaluation par l'échelle numérique était beaucoup plus optimiste que le Q-MAT sur le nombre de personnes motivées pour un sevrage. Il est tout à fait possible que la capacité à se projeter dans le futur soit un facteur fort de la motivation et que ce soit cet élément qui rende le sevrage difficile dans ces populations. Par contre, on ne peut pas dire que ces personnes n'ont pas envie d'arrêter de fumer. Il y avait proportionnellement autant de tentatives d'arrêt chez elles que dans la population générale (66% dans la population très précaire de cette étude versus 61% dans la population générale en 2005 [4] ( $p=0,24$ )). Les intentions d'arrêt étaient également similaires [23] (Annexe 5).

L'important serait de tenir compte de cette difficulté à envisager le futur dans la mise en place du travail d'aide au sevrage. Une part de l'accompagnement pourrait être consacrée à l'élaboration de projets d'avenir.

#### **4.2.4 Facteurs démographiques et comportementaux**

Les femmes de la population étudiée étaient plus motivées pour arrêter de fumer que les hommes. Le tabagisme des femmes a fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années, c'est peut-être le fruit de ces efforts qui se révélait ici.

Une forte proportion de personnes consommatrices de cannabis (44%) a été retrouvée dans ce travail. L'étude SAMENTA [20], qui s'intéressait aux addictions des personnes sans logement à Paris, retrouvait une proportion de fumeurs de cannabis à 21,7% (dont 16,1% de fumeurs réguliers). Cette différence s'expliquait probablement par le fait que c'était une population de fumeurs de tabac qui a été sélectionnée et non pas le « tout-venant » des personnes dans la grande précarité.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la motivation au sevrage tabagique entre les personnes consommatrices ou non de cannabis.

36% de la population précaire étudiée déclarait boire de l'alcool tous les jours. L'étude SAMENTA retrouvait 21% de personnes sans domicile fixe avec une addiction à l'alcool. Encore une fois les chiffres retrouvés étaient plus élevés car une population de fumeurs était sélectionnée. Les études retrouvaient une corrélation positive entre la consommation d'alcool et celle de tabac dans la population générale [17]. Cette association était dose-dépendante : les gros fumeurs buvaient plus que les petits fumeurs et inversement les gros buveurs fumaient plus que les petits buveurs [17].

Ce travail montrait par ailleurs que la motivation au sevrage était moindre chez les populations consommant de l'alcool tous les jours. Une thèse réalisée en 2011 avait étudié la variation de motivation au sevrage tabagique dans les suites d'un sevrage en alcool. Le faible effectif n'avait pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative [24].

#### **4.2.5 Facteurs constitutifs de la motivation**

La comparaison à la littérature a été réalisée en s'appuyant sur une étude quantitative descriptive réalisée par l'ITC (International Tobacco Control)

en 2011 en France [23] et sur cinq études qualitatives (trois études françaises [5][25][11] et deux études australiennes [14][26]).

#### **4.2.5.1 Les facteurs intrinsèques**

- La gestion du stress

Dans les études, la lutte contre le stress revenait dans presque tous les entretiens comme justification du tabagisme. Le tabac était considéré comme ayant des effets bénéfiques marqués (effet calmant, relaxation, antistress).

La même constatation était faite dans ce travail. La gestion du stress était l'élément le plus cité comme facteur motivant la consommation de tabac (Annexe 4).

Des études tendent pourtant à prouver que les troubles anxieux apparaissent le plus souvent après le début du tabagisme [17]. Il semble également que l'arrêt du tabac puisse s'accompagner d'une amélioration de l'anxiété [17]. Il serait très important de faire passer ce message dans les missions d'aide au sevrage dans ces populations. Il faudrait également prendre en charge la personne de manière globale et jouer au maximum sur les conditions de vie pour améliorer les chances de réussite d'un sevrage.

- Le plaisir

Le tabagisme était souvent considéré dans la littérature comme : « le dernier plaisir » [25]. Les personnes interrogées n'ont pas mis ce point en avant. La cigarette jouait pour eux un rôle thérapeutique et nécessaire plus qu'elle n'était un plaisir.

- L'ennui

Les études parlaient d'ennui, de « temps vide » que la cigarette viendrait combler. Cette idée était présente mais elle n'était pas au cœur du problème dans ce travail. Moins de la moitié des personnes citaient l'ennui comme raison de fumer et moins d'un tiers citaient la peur de l'ennui comme frein au sevrage tabagique.

- La confiance en sa réussite

Les études montraient souvent des doutes chez les personnes sur leur propre capacité à arrêter de fumer. En comparant les résultats obtenus par l'échelle de confiance en soi et les chiffres avancés par l'étude ITC France de 2011, on constatait que les personnes dans la précarité n'avaient pas moins confiance en leur capacité que la population générale (Annexe 5). Il faudra par contre être nuancé en interprétant ces chiffres qui n'étaient peut être pas si encou-

rageants. Des personnes parfois peu motivées à arrêter affirmaient que c'était une question de volonté et que si elles le décidaient elles arrêteraient facilement. « Quant on veut on peut ! ». Cette position entraînait un non recours aux aides possibles. De plus cela montrait qu'elles sous-estimaient leur niveau de dépendance. Une tentative d'arrêt aura très peu de chances d'aboutir à un sevrage définitif et l'échec majorera la dégradation de l'image de soi.

- Le syndrome dépressif

La question du moral a été abordée car un syndrome dépressif aurait pu être un frein à proposer un sevrage tabagique. Dans cette étude, la note moyenne du moral était à 6,3/10. 73,7% ont donné une note supérieure ou égale à 5/10 à leur humeur. Cet élément devrait donc être pris en compte de la même manière que dans la population générale et ne devrait en rien empêcher la mise en place d'une aide au sevrage.

#### 4.2.5.2 Les facteurs extrinsèques

- Une pratique socialisante

Les études montraient que le tabagisme n'était plus une norme sociale dans les milieux favorisés mais restait une pratique très ancrée dans les milieux plus précaires.

L'initiation au tabagisme avait souvent été faite par les pairs ou en famille et à un très jeune âge. Le tabac était un objet d'échange, c'était une pratique socialisante qui créait un lien fort. Il n'y avait aucune honte à fumer, l'entourage était le plus souvent fumeur.

Ces données étaient très présentes également dans la population étudiée. La convivialité était une motivation à fumer à un même niveau que le plaisir. Dans la population générale l'exemple à donner et l'entourage étaient les motifs les plus souvent cités pour arrêter de fumer. Dans les populations précaires ces motivations étaient secondaires (Annexe 5). Ceci s'expliquait car l'entourage était majoritairement fumeur et poussait plus souvent à la consommation qu'à l'arrêt du tabac.

- Le prix des cigarettes

La question du prix des cigarettes motivait statistiquement moins les populations précaires que la population générale (45,2% dans les population très précaires contre 62,8% dans la population générale [23] ( $p < 0,001$ ) (Annexe 5)). Le niveau de dépendance très important impliquait probablement une poursuite du tabagisme quelles qu'en soient les conditions. C'est la façon de consommer le tabac qui changeait comme en témoignait la forte propor-

tion de fumeurs de tabac à rouler (51% dans cette étude contre 13% dans la population générale [23]). Le risque de ce type de consommation est une toxicité majorée par l'absence de filtre ou un filtre de qualité médiocre. De plus les fumeurs peuvent compenser une moindre disponibilité du nombre de cigarettes par une inhalation plus profonde, une pause inspiratoire plus longue, des mégots plus courts. Ils continuent ainsi à absorber la même quantité de nicotine avec moins de cigarettes. Malheureusement, par cette procédure, c'est la quantité de toxiques inhalés qui augmente.

- Les moyens d'aide

Le peu de connaissance sur les moyens et les structures d'aide au sevrage tabagique était souvent reconnu comme une entrave à l'arrêt dans les populations précaires. Ceci était aggravé par le peu de confiance dans les moyens d'aide (« inefficacité des patchs », « seule la volonté compte »). Ces items revenaient également dans la population étudiée, surtout concernant l'inefficacité des substituts nicotiniques. Le manque de connaissance sur les structures d'aide était sans doute présent mais il n'était identifié que par 27% des personnes comme un obstacle à leur sevrage.

En associant leur idée que la volonté est nécessaire et suffisante au sevrage avec leur conviction de l'inefficacité des substituts nicotiniques, on comprend que le débat sur le remboursement des patchs passait chez eux au second plan. Il est bien sûr important que l'accès aux substituts nicotiniques soit simplifié pour ces personnes mais ce n'est pas cet élément qui sera garant d'un succès. C'est aussi ce qui a été constaté par la Haute Autorité de Santé : « Les études réalisées auprès des personnes en situation de précarité révèlent, en premier lieu, une absence de mobilisation initiale par rapport aux démarches d'aide au sevrage tabagique, y compris lorsque les thérapeutiques sont mises à disposition gratuitement (taux de participation très bas) » [17]

L'élément qui motivait le plus la population précaire étudiée était la mise en place d'un suivi individualisé. 54,4% seraient intéressés et motivés par une telle initiative. En comparaison seuls 28% seraient motivés si le prix du tabac devait encore augmenter. Cela conforte l'idée que le sevrage dans ces populations passe par une prise en charge individualisée et globale de la personne.

### 4.3 Contexte et perspectives

La grande précarité est un facteur de renoncement aux soins.  
Une phrase prononcée par une personne interrogée dans la thèse de A. Rode

résumait bien la situation : « quand tu as des difficultés dans le vie c'est plus difficile de se soumettre aux problèmes de santé à moins que tu sois vraiment mal » [27].

Dans le guide des CHRS il était précisé : « Ce qui tue prématurément les personnes vivant dans la précarité ce sont les pathologies ordinaires aggravées par le manque ou le retard de soins et l'absence de prévention » [28].

Ceci illustre la difficulté pour ces personnes à demander de l'aide ou se soigner. Elles ont très souvent un parcours marqué de ruptures, source d'une mauvaise estime d'elles-mêmes, de dévalorisation dans le regard des autres. Ces éléments font perdre à la personne l'idée même qu'elle est digne de se soigner ou de demander une aide pour arrêter de fumer. Dans ce cadre, l'approche par le sevrage tabagique prend tout son sens. L'aide au sevrage apporte un suivi bienveillant et régulier à la personne. Un succès sera très valorisant et pourra permettre de réinvestir cette énergie positive dans d'autres champs de la vie (travail, études, famille etc...).

Toute la difficulté est d'amener ces personnes aux soins. C'est ici que le rôle du médecin généraliste, de l'infirmière ou de l'éducateur est prépondérant. L'enjeu dépasse largement celui du tabagisme pour concerner la restauration de l'estime de soi et la lutte contre les inégalités sociales de santé [29].

## 5 CONCLUSION

Le tabagisme des populations dans la grande précarité est un sujet pré-occupant et malheureusement trop souvent jugé non prioritaire par les professionnels. Ce travail, focalisé sur les personnes très précaires d'Annecy et Grenoble, montre que leur motivation au sevrage tabagique n'est pas différente de celle de la population générale. Leur proposer un sevrage est justifié.

L'étude de leur motivation a permis de dégager plusieurs axes à considérer particulièrement. Les femmes sont très demandeuses d'aide au sevrage et il serait dommage de ne pas leur proposer des solutions adaptées. Le fait de consommer de l'alcool tous les jours est associé à motivation plus faible au sevrage tabagique et il paraît difficile d'arrêter le tabac sans arrêter l'alcool. Les tentatives antérieures d'arrêt doivent être considérées comme des points positifs et non comme des échecs.

Les facteurs qui construisent la motivation sont différents de ceux retrouvés dans la population générale. Le rôle du tabac dans la gestion du stress est prépondérant, plus que le soutien moral, le plaisir et la convivialité. Les facteurs extérieurs tels que le prix des cigarettes ou la pression sociale ne sont pas des facteurs prépondérants pour leur motivation. Il est important de noter également le fort niveau de dépendance et la difficulté à se projeter dans le futur qui sont deux obstacles à la réussite du sevrage. Les aides à l'arrêt du tabac devront tenir compte de ces particularités et proposer une prise en charge globale. Celle-ci devra comporter un travail orienté sur le stress, les conditions de vie, les projets d'avenir et la revalorisation de soi. Le remboursement des substituts nicotiniques est nécessaire mais très largement insuffisant.

Les personnes dans la grande précarité ont tendance à renoncer aux soins, à ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence. Tout l'enjeu est de les amener vers une démarche de prévention. Ce travail s'inscrit aussi dans cette optique en montrant qu'il est justifié de proposer un sevrage à ces populations. Le médecin généraliste, mieux armé, pourra en parler sans hésitation. Les professionnels, mieux informés, pourront remettre en cause les bénéfices qu'ils prêtent actuellement au tabac. Dès lors ils pourront devenir un vecteur actif de la lutte contre le tabagisme.

Il ne s'agit pas de lutter contre le tabagisme chez les personnes précaires mais de lutter contre les inégalités de santé en utilisant la question du tabagisme dans sa dimension globale.



THESE SOUTENUE PAR : Sandra MARTENS

**TITRE : Etude de la motivation au sevrage tabagique dans une population en grande précarité**

## CONCLUSION

Le tabagisme des populations dans la grande précarité est un sujet préoccupant et malheureusement trop souvent jugé non prioritaire par les professionnels. Ce travail, focalisé sur les personnes très précaires d'Annecy et Grenoble, montre que leur motivation au sevrage tabagique n'est pas différente de celle de la population générale. Leur proposer un sevrage est justifié.

L'étude de leur motivation a permis de dégager plusieurs axes à considérer particulièrement. Les femmes sont très demandeuses d'aide au sevrage et il serait dommage de ne pas leur proposer des solutions adaptées. Le fait de consommer de l'alcool tous les jours diminue nettement la motivation au sevrage tabagique et il paraît difficile d'arrêter le tabac sans arrêter l'alcool. Les tentatives antérieures d'arrêt doivent être considérées comme des points très positifs, augmentant la motivation, et non comme des échecs.

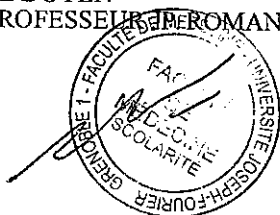
Les facteurs qui construisent la motivation sont différents de ceux retrouvés dans la population générale. Le rôle du tabac dans la gestion du stress est prépondérant, plus que le soutien moral, le plaisir et la convivialité. Les facteurs extérieurs tels que le prix des cigarettes ou la pression sociale ne sont pas des facteurs majeurs pour leur motivation. Il est important de noter également le fort niveau de dépendance et la difficulté à se projeter dans le futur qui sont deux obstacles à la réussite du sevrage. Les aides à l'arrêt du tabac devront tenir compte de ces particularités et proposer une prise en charge adaptée et globale. Celle-ci devra comporter un travail orienté sur le stress, les conditions de vie, les projets d'avenir et la revalorisation de soi. Le remboursement des substituts nicotiniques est nécessaire mais très largement insuffisant.

Les personnes dans la grande précarité ont tendance à renoncer aux soins, à ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence. Tout l'enjeu est de les amener vers une démarche de prévention. Ce travail s'inscrit aussi dans cette optique en montrant qu'il est justifié de proposer un sevrage à ces populations. Le médecin généraliste, mieux armé, pourra en parler sans hésitation. Les professionnels, mieux informés, pourront remettre en cause les bénéfices qu'ils prêtent actuellement au tabac. Dès lors ils pourront devenir un vecteur actif de la lutte contre le tabagisme.

Il ne s'agit pas de lutter contre le tabagisme chez les personnes précaires mais de lutter contre les inégalités de santé en utilisant la question du tabagisme dans sa dimension globale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 20/11/2012

LE DOYEN  
PROFESSEUR J. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE  
PROFESSEUR C. BRAMBILLA

A large, stylized signature in black ink, likely belonging to C. Brambilla.

CHU de Grenoble  
Pôle Cancérologie, Médecine Aiguë  
& Communautaire  
Pneumologie - Consultations  
Pr C. BRAMBILLA  
N° RPPS : 10003869384

## Références

- [1] Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *La Revue du praticien*. 2012 ; 62(3) :325-9.
- [2] David A, Esson K, Perucic AM, Fitzpatrick C. Tobacco use : equity and social determinants. *Equity, social determinants and public health programmes*. 2010 ;199.
- [3] ANAES : L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Editions EDK, Paris. 1998.
- [4] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France. Saint-Denis, INPES 2010 Accessible à l'adresse : [http ://destination-sante.info/IMG/pdf/barometre%20sante%202010%20INPES.pdf](http://destination-sante.info/IMG/pdf/barometre%20sante%202010%20INPES.pdf)
- [5] Peretti-Watel P, Constance J. « It's all we got left ». Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International journal of environmental research and public health*. 2009 ;6(2) :608-21
- [6] Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La santé de l'homme*. 2008 ;(397).
- [7] Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking : indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet*. 2006 ;368(9533) :367-70.
- [8] Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union : applying an equity lens to tobacco control policies. Brussels : European Network of Smoking Prevention. 2004 ;1-40.
- [9] Dobson R. Poor more likely to smoke and less likely to quit. *BMJ : British Medical Journal*. 2004 ;328(7445) :914.
- [10] Jefferis BJMH, Power C, Graham H, Manor O. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort. *Journal of Public Health*. 2004 ;26(1) :13-8.
- [11] Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention Sida. (C.R.A.E.S.-C.R.I.P.S.). Lyon. Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale en Rhône-Alpes. (F.N.A.R.S.). Lyon. La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ? IREPS/CRIPS ; 2005 p. 28p. Accessible à l'adresse : [http ://education-santera.org/publications/2005/pretab.pdf](http://education-santera.org/publications/2005/pretab.pdf)

- [12] Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking : a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012 févr;1248(1) :107-23.
- [13] Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*. 2011;23(5) :359-70.
- [14] Bryant J, Bonevski B, Paul C, O'Brien J, Oakes W. Developing cessation interventions for the social and community service setting : A qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers. *BMC public health*. 2011;11(1) :493.
- [15] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987. Direction des journaux officiels ; 1987.
- [16] Beck F, Guignard R, Richard JB, Spilka S, Tovar ML. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé. *Tendances*. 2011;(76) :6.
- [17] Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutique d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007 ;
- [18] Aubin HJ, Lagrue G, Legeron P, Azoulaï G, Pelissolo S, Humbert R, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : Construction et validation. *Alcoolologie et addictologie*. 2004;26(4) :311-6.
- [19] Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88(8) :1127-35.
- [20] Laporte A, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin PS. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris. 2010;225.
- [21] Brousse C, Guiot D, Masse E. Hébergement et distribution de repas chauds. Qui sont les sans domicile usagers de ces services? Insee-Première, n 824, January 2002 ;
- [22] Noël Gravier N. Intérêt du dépistage de la dysfonction érectile dans la motivation au sevrage tabagique ? : à propos d'une enquête en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2008.
- [23] Craig L, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Arwidson P, Deutsch A, et al. Rapport national ITC France : Résultats de la deuxième vague. Promouvoir des stratégies fondées sur des preuves pour contrer l'épidémie mondiale de tabagisme. Waterloo (CAN) : University of Waterloo ; 2011.

- [24] Pinaud B. Evolution de la motivation au sevrage tabagique dans les suites d'un sevrage alcoolique [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II ; 2011.
- [25] Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*. 2010 ;40(3) :535-42.
- [26] Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking : a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC public health*. 2010 ;10(1) :211.
- [27] Rode A. Le 'non-recours' aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Université Pierre Mendès-France-Grenoble II ; 2010. Accessible à l'adresse : [http ://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/](http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/)
- [28] Lallemand D. Guide des CHRS : références et évolutions. 2000.
- [29] Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier ; 2011.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Présentation des structures

### *A Annecy:*

#### L'HERMINETTE

Accueil de jour ouvert tous les matins de la semaine où les personnes peuvent prendre un petit déjeuner, poser leurs affaires, prendre une douche. Deux éducateurs sont présents sur les lieux.

Nombre de passages par jour: autour de 60 passages par jour en hiver et 50 au printemps (la période de l'étude). 80% d'hommes et 20% de femmes, environ 15% d'étrangers.

#### CHRS La Traverse

Centre d'hébergement pour les femmes.

Quelques chiffres: 7 chambres individuelles en hébergement collectif pour des femmes seules dont deux sont dédiées à l'accueil des femmes victimes de violences. Douze logements extérieurs pouvant accueillir des femmes accompagnées d'enfants ou des familles. L'accueil se fait toute l'année 24h sur 24 en partenariat étroit avec les services sociaux, la police et la justice.

#### CHRS Saint François

Centre d'hébergement pour hommes seuls et majeurs.

Quelques chiffres: 34 places en hébergement collectif et 19 places en appartements. Tous les âges et toutes les typologies de publics sont représentés.

### *A Grenoble:*

#### POINT D'EAU

Lieu d'accueil de jour où les personnes peuvent prendre une douche, faire une lessive, déposer leurs affaires ou prendre leur courrier. Lieu créé en 1991.

Quelques chiffres : En 2011, 354 permanences, environ 59 passages par ouverture (augmentation constante depuis 2009)

75,7% d'hommes et 24,2% de femmes

14% de moins de 18 ans, 32% de 18 à 25 ans, 44% de 26 à 50 ans et 11% de plus de 51 ans

45% de personnes sans logement

#### LE FOURNIL

Lieu fournissant un repas à midi aux personnes précaires. Créé en 1995

Quelques chiffres: En moyenne 60 passages par jour, 75% d'hommes, 16 % de moins de 18 ans

Accepte toutes les personnes sans distinction aucune.

#### CHRS LA HALTE

Centre d'hébergement en priorité pour des familles mais également des personnes isolées (Femmes ou Hommes) pour des séjours de 3 à 6 mois. La capacité de ce CHRS est de 30 places.

#### CHRS LE COTENTIN

Centre d'hébergement pour les hommes d'une capacité de 70 places. Il accueille pour des séjours de 6 à 8 mois des hommes de 18 à 65 ans en difficultés sociales ou en situation d'insertion.

Les CHRS sont des établissements sociaux financés par l'aide sociale qui, depuis la Loi de Lutte contre les Exclusions de 1998, sont inscrits dans une politique de coordination territoriale dont l'objectif premier est d'aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Les CHRS proposent d'accueillir, à la demande, les personnes dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale et qui ont besoin d'un soutien matériel, psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire.

## ANNEXE 2 : Le Questionnaire

### INFORMATIONS GENERALES

#### Dans quelle tranche d'âge êtes-vous?

- moins de 20 ans
- entre 20 et 29 ans
- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 49 ans
- plus de 50 ans

#### Vous êtes?

- un homme
- une femme

#### Où logez-vous?

- Dans la rue, les parkings
- Dans un squat
- Dans une caravane, un camion
- Dans un centre d'hébergement et de réinsertion social
- En centre d'hébergement d'urgence, à l'abris pour personne avec un chien, au 115
- En hôtel
- Dans un logement personnel
- Hébergé par un particulier
- Autre :

#### Quelles sont vos sources de revenus?

- Aucune
- Manche
- RSA
- Interim
- CDD
- CDI
- travail au noir
- Autre :

#### Pouvez-vous précisez vos revenus par mois?

Facultatif

- Aucun
- moins de 399 euros par mois
- entre 400 et 599 euros par mois
- entre 600 et 799 euros par mois
- plus de 800 euros par mois

#### Quel budget consacrez vous au tabac par mois?

- moins de 50 euros par mois

entre 50 et 100 euros par mois  
entre 100 et 150 euros par mois  
entre 150 et 200 euros par mois  
plus de 200 euros par mois

**Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU)?**

oui  
non

**Que fumez-vous?**

des cigarettes industrielles  
des cigarettes roulées  
des cigares / cigarillos  
la pipe  
Autre :

**Buvez-vous de l'alcool tous les jours?**

oui  
non

**Fumez vous du cannabis?**

oui  
non

**Consommez-vous d'autres drogues?**

oui  
non

**Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne?**

10 ou moins  
de 11 à 20  
de 21 à 30  
31 ou plus

**Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?**

dans les 5 premières minutes  
6 à 30 minutes  
31 à 60 minutes  
plus de 60 minutes

**Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?**

oui  
non

**Vous a-t-on déjà proposé de vous aider à arrêter de fumer?**

oui  
non



## CONCERNANT VOTRE MOTIVATION

### Avez-vous envie d'arrêter de fumer?

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Enormément

### Pensez-vous que dans 4 semaines...

- Vous fumerez plus?
- Vous fumerez toujours autant?
- Vous aurez un peu diminué?
- Vous aurez beaucoup diminué?
- Vous aurez arrêté de fumer?

### Pensez-vous que dans 6 mois...

- Vous fumerez plus?
- Vous fumerez toujours autant?
- Vous aurez un peu diminué?
- Vous aurez beaucoup diminué?
- Vous aurez arrêté de fumer?

### Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer?

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

### Vous évaluez votre motivation pour arrêter de fumer à:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

### Vous évaluez votre confiance pour y arriver à:

si vous avez envie d'arrêter

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

### Si vous deviez donner une note sur 10 à votre moral ce serait:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## LE TABAC ET VOUS

Le tabac est important pour vous parce que:

	Pas du tout	Pas vraiment	Un peu	Beaucoup
Cela vous apporte du plaisir				
Cela vous permet de gérer votre stress				
Cela vous permet de ne pas vous ennuyer				
Cela vous aide quand vous n'avez pas trop le moral				
Cela vous rassure, vous donne une contenance				
Cela vous permet de vous stimuler ou de vous concentrer				
Cela permet un moment convivial				

**Autre**

**Qu'est ce qui vous pousserait à arrêter de fumer?**

	Pas du tout	Pas vraiment	Un peu	Beaucoup
Le prix des cigarettes, faire des économies				
Des problèmes de santé actuels liés au tabac				
Retrouver une bonne condition physique				
Protéger ma santé, peur de la maladie, du cancer				
L'envie d'être plus libre, ne pas être dépendant				
Le respect de mon entourage				
Mieux respirer				
Retrouver plus de goût et d'odorat				

**Autre**

**Qu'est ce qui vous freinerait pour arrêter de fumer?**

	Pas du tout	Pas vraiment	Un peu	Beaucoup
Le prix des patchs				
La peur d'être irritable, énervé				
La peur de déprimer				
J'ai d'autres choses à régler d'abord				
La peur de prendre du poids				
La peur de ne pas y arriver				
Le manque du geste				
La peur de m'ennuyer				
Je ne sais pas comment faire, à qui m'adresser				
Ma situation personnelle est un frein pour arrêter de fumer				

**Autre**

**Pensez-vous que ces éléments pourraient vous aider à vous motiver?**

	Pas du tout	Pas vraiment	Un peu	Beaucoup
Une réunion collective d'information sur le tabac et les aides pour arrêter				
Un accompagnement individuel pour vous soutenir				
Le remboursement des patchs/pastilles nicotiniques				
Une augmentation du prix du tabac				

**Autre**

**Avez-vous des remarques?**

## **ANNEXE 3 : Les Scores**

### **MINI FAGERSTRÖM:**

Ce test évalue rapidement la dépendance au tabac. Il comporte 2 questions.

#### **Combien de cigarettes fumez-vous?**

10 ou moins : 0 point  
11 à 20 : 1 point  
21 à 30 : 2 points  
Plus de 31 : 3 points

#### **Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette?**

moins de 5 min : 3 points  
6 à 30 min : 2 points  
31 à 60 min: 1 point  
plus de 60 min: 0 point

Le score est sur 6 :

0 à 1 : pas ou faiblement dépendant  
2 à 3 : dépendance moyenne  
4 à 6 : dépendance forte

### **Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac : Q MAT**

Test élaboré par Gilbert Lagrue et Patrick Légeron pour évaluer la motivation des personnes au sevrage tabagique.

#### **Première question: Avez-vous envie d'arrêter de fumer?**

Pas du tout : 0 point  
Un peu : 1 point  
Beaucoup : 2 points  
Énormément : 3 points

#### **Deuxième question: Pensez-vous que dans 4 semaines...**

Vous fumerez toujours autant : 0 point  
Vous aurez un peu diminué : 2 points  
Vous aurez beaucoup diminué : 4 points  
Vous aurez arrêté de fumer : 6 points

#### **Troisième question : Pensez-vous que dans 6 mois...**

Vous fumerez toujours autant : 0 point  
Vous aurez un peu diminué : 2 points  
Vous aurez beaucoup diminué : 4 points  
Vous aurez arrêté de fumer : 8 points

#### **Quatrième question : Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer?**

Jamais : 0 point  
Quelquefois : 1 point  
Souvent : 2 points  
Très souvent : 3 points

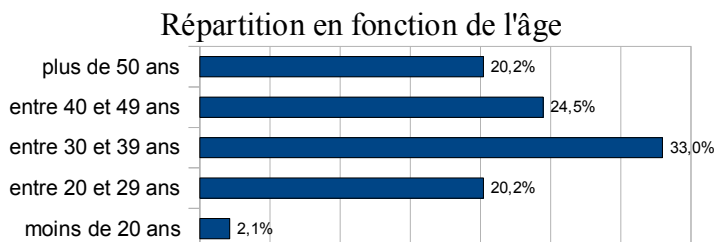
score sur 20

On les classe en 3 catégories:

Score inférieur à 6 : motivation insuffisante  
Score entre 7 et 13 : motivation moyenne  
Score supérieur à 13 : bonne et très bonne motivation

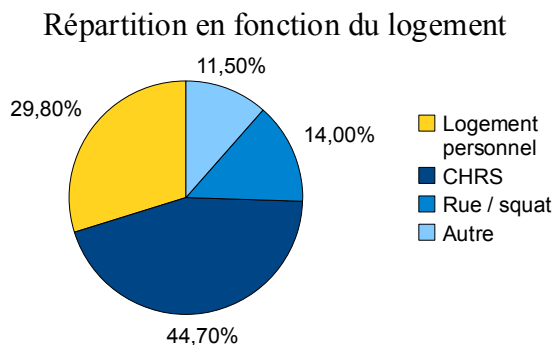
## ANNEXE 4 : Détail des résultats

### 4.1 : Données démographiques

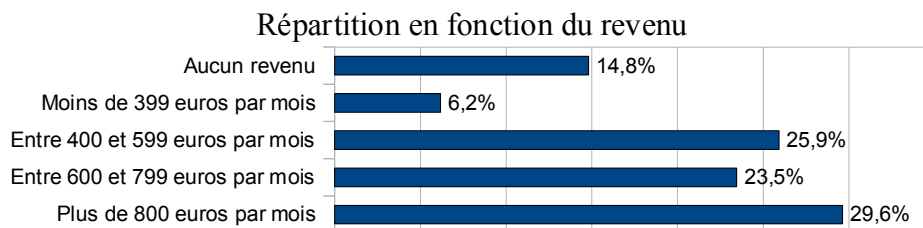


Concernant le logement, 29,8% avaient un logement personnel. Les autres 70,2% de la population d'étude étaient considérés comme sans domicile fixe (camembert ci-contre). En effet sont considérées comme sans domicile fixe «les personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation». (30) Les personnes logées en CHRS sont donc considérées comme sans logement personnel.

Les 11,5% classés dans «autre» sont logés soit dans des structures d'urgence à la nuit soit dans des foyers sociaux différents des CHRS, soit en solution temporaire chez des particuliers.

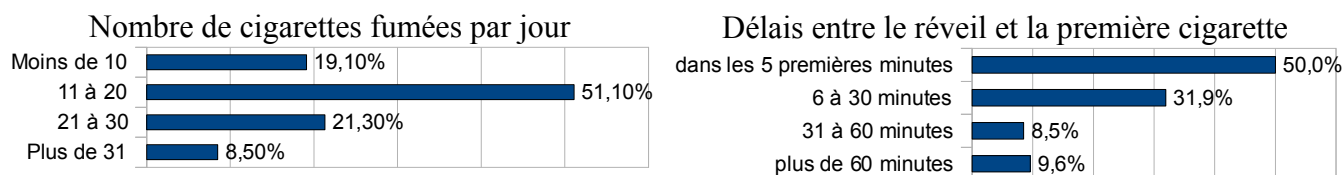


Concernant les revenus, 46,9 % ont moins de 600 euros par mois pour vivre et plus de 70% ont moins de 800 euros par mois.

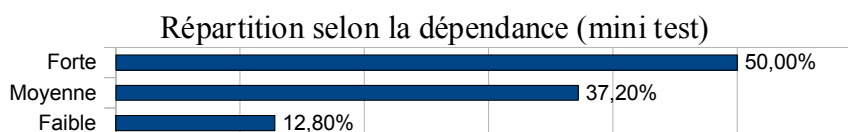


## 4.2 Niveau de dépendance

La majorité des personnes ayant répondu fumait entre 11 et 20 cigarettes par jour (51,1%). 30% fumaient plus de 20 cigarettes par jour. 50% des personnes fumaient leur première cigarette dans les 5 premières minutes après leur réveil et 81,9% dans la première demi-heure. (figures ci-dessous)



Le test de Fagerström simplifié ou «mini test» retrouvait une dépendance forte au tabac chez 50% des personnes interrogées. (figure ci-dessous)



## 4.3 Motivation

### Résultats des 4 questions du test Q MAT

Envie d'arrêter de fumer	Pas du tout	23 (24,7%)	Pas content de fumer	Jamais	31 (33%)
	Un peu	32 (34,4%)		Quelquefois	36 (38,3%)
	Beaucoup	21 (22,6%)		Souvent	17 (18,1%)
	Enormément	17 (18,3%)		Très souvent	10 (10,6%)
Total		93			94

Dans 4 semaines...	Fume plus ou autant	53 (60,9%)	Dans 6 mois...	Fume plus ou autant	43 (50%)
	Un peu moins	23 (26,4%)		Un peu moins	17 (19,8%)
	Beaucoup moins	7 (8%)		Beaucoup moins	11 (12,8%)
	Arrêté	4 (4,5%)		Arrêté	15 (17,4%)
Total		87			86

Eléments démographiques déterminants de la motivation :

### Motivation par le Q-MAT

		N	Moyenne	Ecart type
Sexe	Homme	69	4,84	5,11
	Femme	25	7,48	6,04
Consommation d'alcool	Oui	24	3,46	4,48
	Non	70	6,26	5,52
Tentative antérieure d'arrêt	Oui	62	6,85	5,9
	Non	32	3	3,32

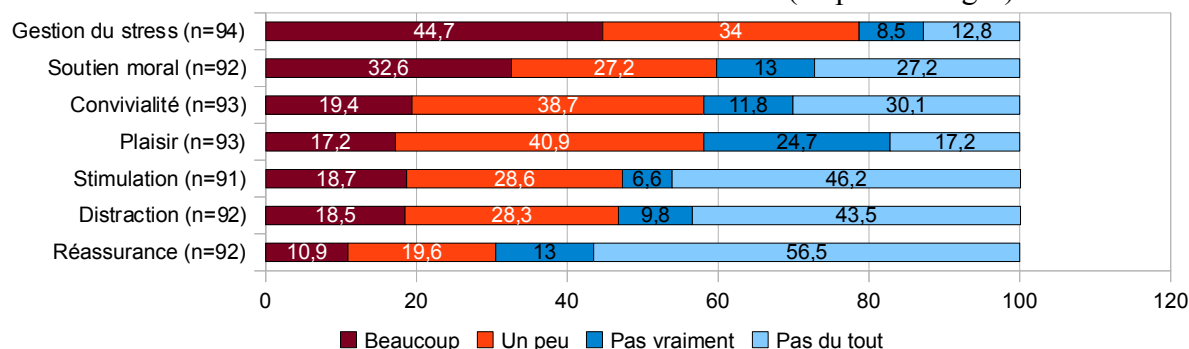
p=0,038

p=0,030

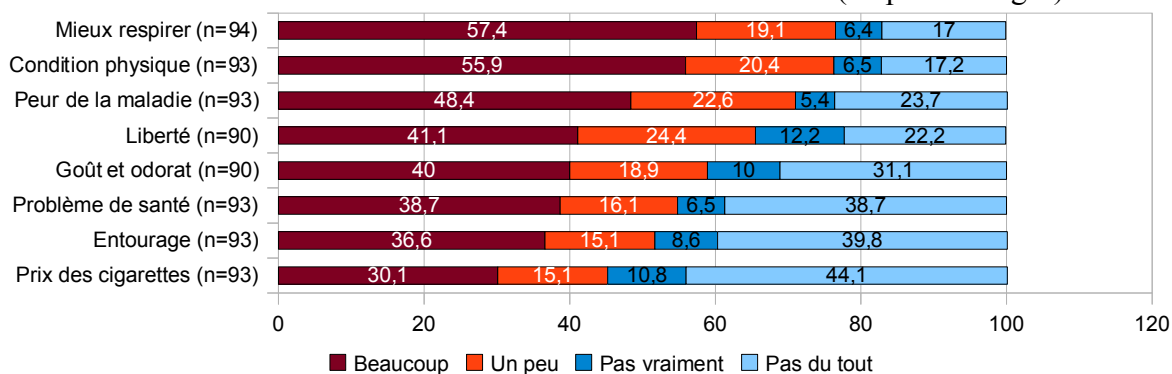
p=0,001

## 4.5 Facteurs déterminant de la motivation à la consommation et au sevrage

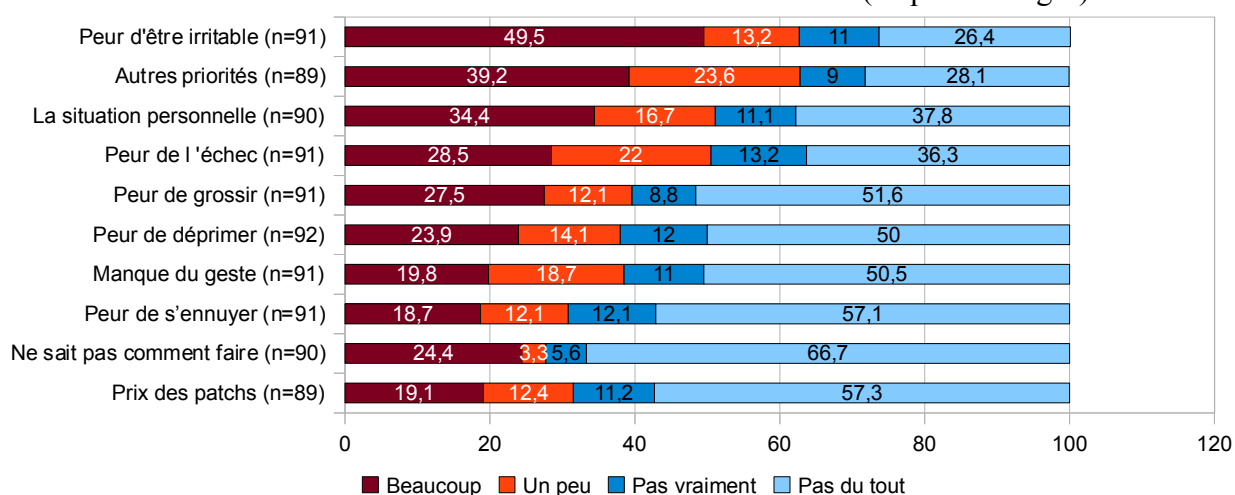
Facteurs motivant la consommation de tabac (en pourcentages)



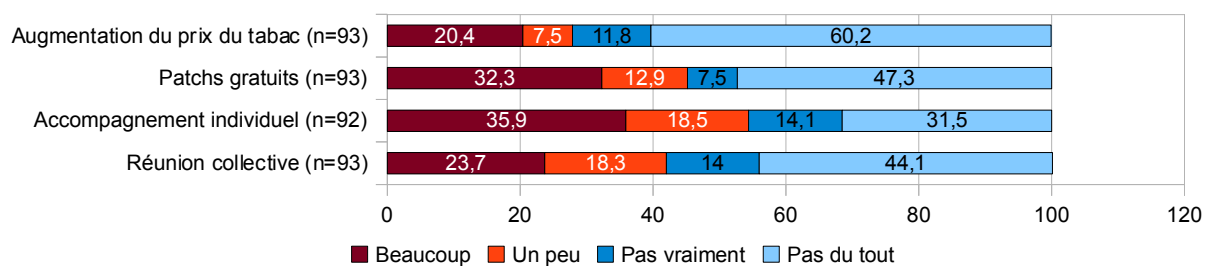
Facteurs motivant l'arrêt de la consommation de tabac (en pourcentages)



Facteurs freinant l'arrêt de la consommation de tabac (en pourcentages)

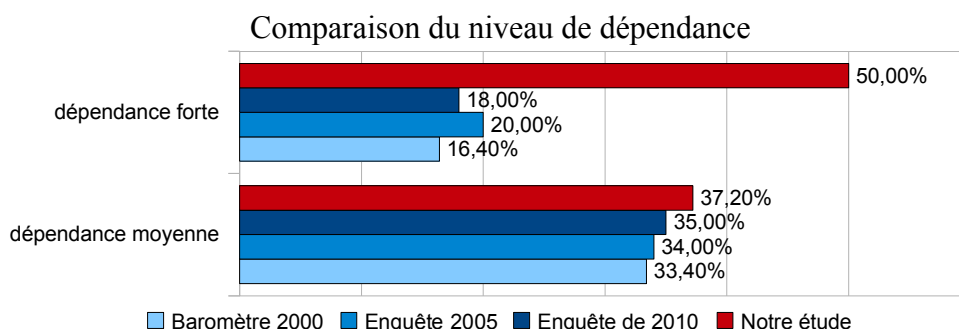


### Éléments extérieurs pouvant motiver le sevrage (en pourcentages)



## ANNEXE 5 : Comparaison avec la littérature

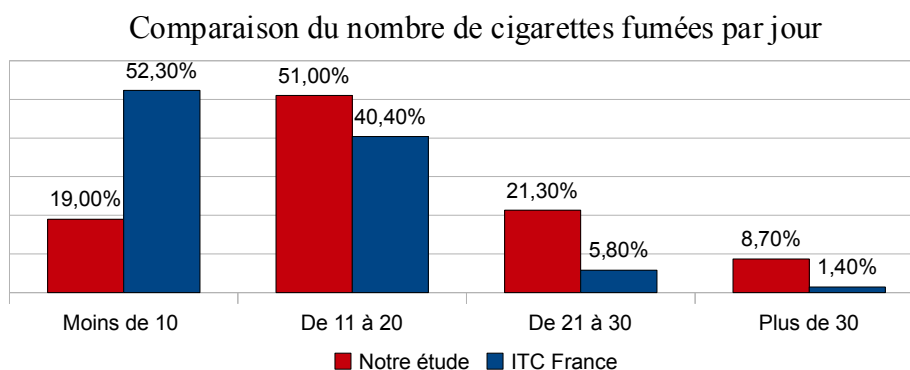
### 5.1 Le niveau de dépendance



Références : Baromètre 2000 cité dans les recommandations de l'HAS de 2007 (17)

Les enquêtes de 2005 et 2010 sont présentées dans le travail de F.Beck pour l'INPES en 2010 (16)

Si l'on considère le nombre de cigarettes fumées par jour : comparaison avec enquête ITC France de 2011 (23). La population précaire fume plus que la population générale.

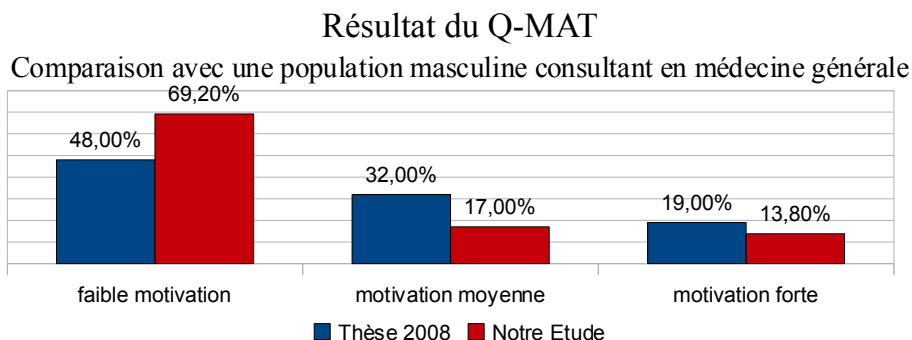


De plus dans notre étude 50% fument leur première cigarette dans les 5 minutes après le levé, dans l'étude sur le niveau d'usage des drogues de 2010 (20), seuls 15% fument leur première cigarette dans les 5 minutes après le réveil.

### 5.2 La motivation

Comparaison avec la thèse de Noëlle Gravier (22)

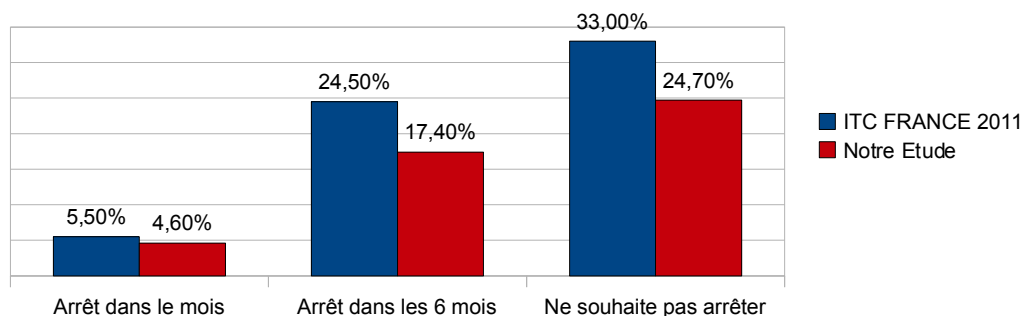
$p = 0,1$





### 5.3 Les intentions d'arrêt

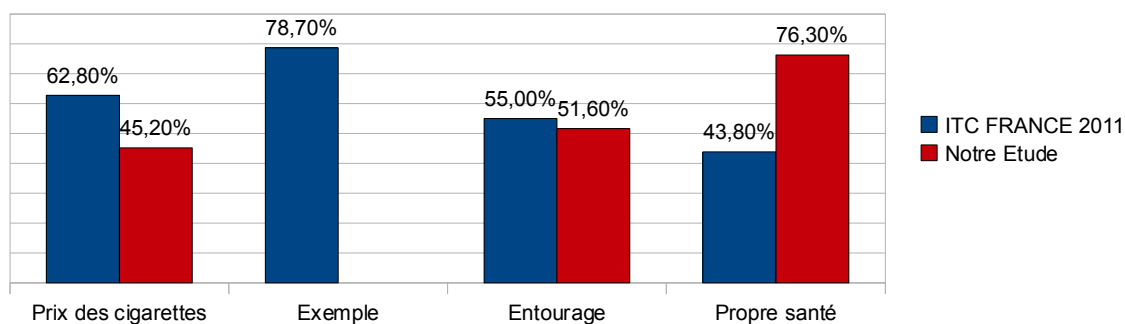
Comparaison des intentions d'arrêt



$p > 0,1$  pour les trois items

### 5.4 Les facteurs motivants l'arrêt

Comparaison des facteurs externes motivant l'arrêt



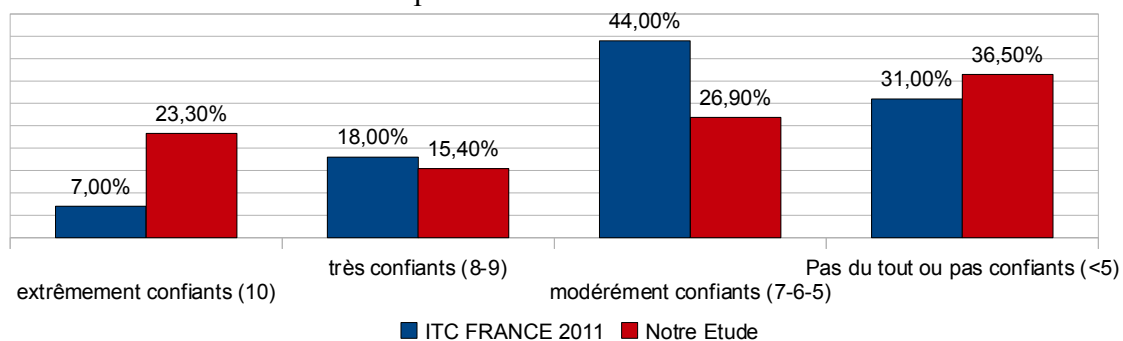
Prix :  $p < 0,001$

Entourage :  $p = 0,52$

Santé :  $p < 0,001$

### 5.5 La confiance en ses capacités à réussir un sevrage

Comparaison de la confiance en soi



$p < 0,00001$

## SUMMARY :

### *Introduction*

Disadvantaged social groups are more likely to smoke and the negative effects of tobacco on their health are more important. This study aimed to research the motivation to quit smoking among disadvantaged people.

### *Method*

Adult smokers attending social support structures in two French towns were asked to answer a questionnaire. The motivation to quit smoking was assessed using a specific questionnaire (designated 'Q-MAT' in French) and a numerical scale. The constituent factors of motivation were also analysed.

### *Results*

The study counted 94 subjects. 73,4% were male, 70% were homeless. 50% had a strong dependance to tobacco.

According to the 'Q-MAT', 13.8% were highly motivated to quit smoking, 17% moderately and 69.2% insufficiently. The numerical scale ranked a third of the subjects in each of the three categories.

Other findings :

- Women had a stronger motivation to stop smoking.
- Alcohol consumption was associated with reduced motivation.
- Stress management was the most cited reason for smoking.

### *Conclusion*

The 'Q-MAT' showed a relatively low motivation to quit. This was most likely due to the necessity for the subjects to mentally project themselves into the future, which is a known difficulty for disadvantaged people. The subject population's desire to quit was similar to that of the general population. The identification of the best solutions to assist these people remains an open question. Cessations programmes should probably take into account stress management and future prospects to be more efficient.

**TITRE :** Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité.

**TITLE :** Survey of the motivation to stop tobacco use among a population of disadvantaged smokers.

**RESUME :**

*Introduction*

Les populations précaires fument plus que la population générale et les conséquences négatives du tabagisme sur leur santé sont plus importantes. Le but de ce travail était d'étudier la motivation au sevrage tabagique des grands précaires.

*Méthode*

Un questionnaire était proposé aux personnes adultes, fumeuses, fréquentant des structures d'aide sociale à Annecy et Grenoble. La motivation était évaluée à l'aide du Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac (Q-MAT) et d'une échelle numérique. Les facteurs constitutifs de la motivation étaient également recherchés.

*Résultats*

L'enquête a porté sur 94 sujets. 73,4% étaient des hommes et 70% étaient sans domicile. 50% présentaient une dépendance forte au tabac.

Selon le Q-MAT, 13,8% étaient très motivés pour arrêter de fumer, 17% moyennement et 69,2% insuffisamment. L'évaluation par l'échelle numérique classait un tiers des personnes dans chaque catégorie.

Les femmes présentaient une motivation plus forte au sevrage tabagique. La consommation d'alcool était associée à une motivation plus faible.

Le facteur motivant la consommation de tabac le plus cité était la gestion du stress.

*Conclusion*

Le Q-MAT a montré une motivation assez faible au sevrage tabagique chez les personnes précaires, probablement parce qu'il nécessite une projection dans le futur. La population étudiée avait autant envie d'arrêter de fumer que la population générale. Les meilleurs moyens d'aide restent à définir. Un travail sur les projets d'avenir et sur le stress semble utile dans la prise en charge globale du tabagisme des populations précaires.

**Mots clé :** Motivation, sevrage tabagique, précarité, inégalités sociales de santé.

**Keywords :** Motivation, tobacco use cessation, smoking motives, social inequalities, socioeconomic.